

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
POLICLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
DIRECTEUR : PROF. DOCTEUR A. PUGNAT

Syndrome de Gradenigo

Sa Pathogénie et sa Valeur Semeiologique

— • • —

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par
EL HAKIM HASSIB
(Le Caire)-Egypte

Thèse N° 1263

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER, RUE DE CAROUGE, 48
1928

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
POLICLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
DIRECTEUR : PROF. DOCTEUR A. PUGNAT

Syndrome de Gradenigo

Sa Pathogénie et sa Valeur Semeiologique



THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

EL HAKIM HASSIB
(Le Caire)-Egypte

Thèse N° 1263

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER, RUE DE CAROUGE, 48
1928

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
M. le Professeur A. Pagnat, autorise l'impression de la
présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion
sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 26 Juin 1928.

Le Doyen :

D^r M. ROCH

Nous tenons à présenter au début de ce travail nos hommages respectueux à M. le Professeur Amédée Pugnât, et lui exprimer notre gratitude pour son enseignement, et pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous donnant le sujet de cette thèse.

Nos remerciements les plus sincères à M. le Docteur H. Mantchik, Privat-Docent à l'Université, pour la grande complaisance avec laquelle il nous a guidé dans l'accomplissement de ce travail.

A MES CHERS PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Syndrome de Gradenigo

Sa Pathogénie et sa valeur Semeiologique

HISTORIQUE

Les paralysies de la VI^{me} paire au cours des otites aiguës ou chroniques sont connues depuis plusieurs dizaines d'années, BONNIER en 1896 et LAURENS l'année suivante indiquaient déjà cette complication des supurations de l'oreille moyenne. GRADENIGO a eu le mérite de jeter une vive lumière sur les paralysies du Moteur Oculaire externe au cours des infections purulentes de la caisse en rapportant de nombreuses observations personnelles, en les interprétant ainsi que celles qui les ont précédées, et en dégagant de toutes ces observations réunies un syndrome qui porte depuis son nom.

Ce syndrome de GRADENIGO se caractérise par l'association des symptômes suivants :

1. Une otite moyenne aiguë (avec ou sans supuration externe, avec ou sans réaction mastoïdienne).

2. Une paralysie ou parésie isolée du nerf abducteur (M.O.E.) du côté correspondant à l'oreille malade.

3. Douleur assez intense et extraordinairement persistante localisée non comme d'habitude à la région mastoïdienne, mais à la région temporale et pariétale du même côté.

Ces travaux importants de GRADENIGO ont été suivis d'autres, entre autres ceux de LOMBARD, de BALDENWECK, de TERTON. Ces publications confirment les observations et les interprétations de GRADENIGO concernant les paralysies de la VI^{me} paire consécutive à une otite aiguë du même côté.

Mais on a rapporté d'autre part des cas, quoique rares, des paralysies du Moteur Oculaire externe du côté opposé à la supuration oriculaire. COLLINET, DUTHEILLET, de LAMOTHE, BOURGEOIS, de QUADRI et LAMOTHE et d'autres encore ont rapporté ces observations intéressantes. STRAZZA a même publié dans les Archives Italiennes d'Otologie de 1907 un cas de double paralysie du côté de la lésion oriculaire d'abord, du côté opposé ensuite.

Nous nous permettrons de rapporter dans le présent travail une nouvelle observation et nous nous efforcerons à cette occasion de faire une critique de la Pathogénie du Syndrome de GRADENIGO dont il est important d'élucider le mécanisme en vue du traitement rationnel. Nous ferons en même temps une mise au point de cette question intéressante.

PATHOGÉNIE

La paralysie du nerf Moteur Oculaire externe au cours des otites ne surprendra pas si l'on songe que ce nerf a des rapports anatomiques très étroits avec la face postérieure de la pointe du rocher à laquelle il est accolé immédiatement après avoir quitté la dure-mère. Le nerf Moteur Oculaire externe, un des plus grêles des nerfs crâniens, est extrêmement fragile et peut être facilement atteint et comprimé par suite de sa situation et de ses rapports. Dans son trajet dur-mérien, et dans le cas où il existe une inflammation, et par conséquent un épaississement de la gaine que la dure-mère forme autour du nerf, ce dernier peut être comprimé et par conséquent paralysé.

Beaucoup d'explications pathogéniques ont été données à la paralysie de la VI^me paire. Nous laisserons de côté la théorie de l'origine réflexe de cette paralysie, car si on admettait avec BONNIER, la rareté des paralysies et la fréquence des supurations de l'oreille moyenne, on ne pourrait guère s'expliquer, et l'on ne comprendrait pas pourquoi le réflexe compliqué que BONNIER décrit aurait lieu dans certains cas, et ne se produirait pas dans beaucoup d'autres.

Nous ne nous arrêterons pas non plus sur la théorie qui prétend que la paralysie du Moteur Oculaire externe serait dû à une névrite toxique, théorie difficile à prouver.

Nous ne retiendrons que les théories anatomiques qui ont toutes les chances d'être véridiques. La première théorie anatomique, dont la valeur est incontestable parce que vérifiée par l'examen anatomique, attribue la paralysie de la VI^me paire à l'ostéite de la pointe du rocher.

GRADENIGO, LOMBARD, BALDENWEG sont les partisans de cette interprétation qui ne s'applique cependant pas au cas où la paralysie siège du côté opposé à la lésion.

La seconde l'a rapporte à une méningite séreuse. Nombreux sont les cas publiés où cette pathogénie est des plus probable. Or, une observation de BOURGEOIS, présentée à la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris (11 Mars 1925), apporte la preuve que la méningite séreuse est fréquemment la cause provocatrice de la paralysie du droit externe. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une otite, présentant une paralysie du droit externe, de la stase papillaire, un poul lent, preuve d'une hypertension intra-crânienne. Le diagnostic de méningite séreuse fut porté, et on trépana l'écaille du temporale, puis on incisa la dure-mère sur un centimètre, et on fit sortir environ 50 cc. de liquide céphalo-rachidien.

Le lendemain, la paralysie du droit externe avait complètement disparu, dans la suite suppression de tous les autres troubles.

Le travail du Docteur DUTHELLET de LAMOTHE concernant la paralysie du Moteur Oculaire externe du côté opposé à la lésion oriculaire plaide également en faveur de cette théorie.

L'auteur prouve que la paralysie est due à la compression du nerf à la suite de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. C'est ce fait là qui explique les paralysies fugaces de la VI^{me} paire, soit au cours des otites aiguës, soit encore à la méningite tuberculeuse. DUTHELLET de LAMOTHE rapporte un cas d'une augmentation de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien avec hypertension au cours d'une otite moyenne aiguë ; dans ce cas il existait une irritation des méninges du voisinage, et une compression du nerf Moteur Oculaire externe dans son canal

inextensible. DUTHELLET de LAMOTHE attribue la paralysie du nerf du côté opposé à l'otite, ce qui est du reste exceptionnel à des dispositions anatomiques spéciales dans lesquelles le nerf opposé se trouve le premier atteint et comprimé.

Il résulte de ce travail, comme de plusieurs autres du reste, que la ponction LOMBAIRE est non seulement un bon moyen diagnostique, mais qu'elle est encore souvent précieuse pour la thérapeutique. L'observation qui va suivre constituera également un appoint sérieux en faveur de la théorie méningée de la paralysie de la VI^{me} paire.

OBSERVATION

Mademoiselle D. 16 ans est examinée le 3 décembre 1926 au soir par le Professeur A. PUGNAT : il y a 8 jours, à la suite d'une grippe mal soignée, légères douleurs de l'oreille gauche pendant 24 heures, puis brusquement 7 jours après, la fièvre devient élevée en même temps qu'apparaissent des douleurs dans la mastoïde gauche.

Status Praesens

L'examen de l'état général ne révèle rien de particulier, le tympan gauche est normal, peu hypernémie, la sensibilité spontanée de la mastoïde est peu accusée, plus marquée cependant à la pression, notamment tout le long du bord postérieur, pas de céphalée : la malade est dolente, somnole un peu, la température ayant passé le lendemain soir à 40.1°, la trepanation est pratiquée, l'ouverture de l'antre et des cellules ne révèle rien d'anormal sinon une gouttelette de pus qui s'échappe de la cavité antrale : toutes les cellules sont ouvertes successivement jus qu'à la pointe : le lendemain de l'opération la malade éprouve un certain bien-être et la température en trois jours tombe à 38.1° : au premier pansement, le 8 décembre, la plaie a bonne apparence, néanmoins, à partir de ce jour, apparaissent des signes inquiétants, la malade éprouve une céphalée vague, de la rachialgie, elle prend parfois l'attitude en chien de fusil qui devient permanente, il existe un Kernig mais esquissé, on note également une érection des bulbes pileux qui ne disparaissent pas, une douleur spontanée de la mastoïde, qui s'irradie en arrière d'elle et en bas : la malade est indifférente, se plaint à peine et refuse toute nourriture, la langue est du reste saburale, couverte d'un enduit épais, mais n'est pas

sèche, la température reste élevée, mais atypique il existe en somme des symptômes d'irritation méningée sinon de méningite au début pensons-nous, quand le 8 décembre apparaît une paralysie du droit externe gauche.

Le lendemain, la température de 38 au matin monte brusquement à 39,4 et à 40 le surlendemain matin, une seconde opération s'impose pour aller à la recherche du foyer infectieux ; en partant de l'autre on marche à la découverte du sinus, après avoir quitté un territoire osseux sain, on aborde une région où, de l'os devenu friable, s'échappe un liquide sanieux, brun feuille-morte et on arrive au sinus, qui paraît être sain, mais dont toutes les parois osseuses présentent l'aspect que nous venons d'indiquer ; elles sont réséquées jusqu'à la rencontre de l'os sain ; drainage et pansement, on institue en même temps la goutte à goutte intrarectal ; dès le soir même la température est descendue à 38,5, dès le lendemain tous les signes morbides disparaissent et notamment la paralysie du droit externe, dix jours après la maladie quittait la clinique ; la plaie opératoire guérit ensuite sans incident.

CONCLUSIONS

1^o Cette observation plaide en faveur de la thèse que la paralysie de la VI^{me} paire est due à une méningite séreuse dont elle est l'un des signes ; dans notre cas, les symptômes méningés signe de Kernig, attitude en chien de fusil, Rachiologie, Hyperhermie, érection des bulbes pileux annonçaient la réaction méningée et la paralysie du droit externe n'a fait que compléter le tableau clinique.

2^o S'il est vrai que certains cas de paralysie de la VI^{me} paire, au cours des otites ont été guéris par la ponction lombaire, il est néanmoins indiqué de ne pas s'en tenir à cette seule mesure thérapeutique, quand il existe des signes de méningite ; en ce cas, seule la recherche de la mise à découvert du foyer infectieux entreprise à temps permet parfois de sauver le malade, en faisant avorter la complication méningée, dont la paralysie de la VI^{me} paire n'est qu'un symptôme.

Notre observation en apporte une nouvelle preuve.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOULKER. — La clinique et le laboratoire dans la classification, le pronostic et le traitement des méningites otitiques. (Presse Médicale, avril 1923).
2. BALDENWECK. — Ostéite de la pointe du rocher (Thèse 1909).
3. BONNIER. — Société de Biologie, 11 mai 1895.
4. BLANC. — Sur deux cas de paralysies de la VI^{me} paire au cours des otites aiguës. (Annales des maladies de l'oreille 1909).
5. BOURGEOIS. — (Voir Lecène et Bourgeois).
6. BLANLUET. — Société parisienne d'otologie 1909.
7. COLLINET. — Bulletin d'Oto-Rhino-Laryngologie (avril 1907).
8. — DUTHEILLET de LAMOTHE. — Etudes sur les paralysies du M.O.E. survenant au cours des otites aiguës du côté opposé à cette otite. (Revue de Laryngologie, 15 avril 1920).
9. FURET. — Annale des maladies de l'oreille, 1908.
10. GRADENIGO. — Syndrome de Gradenigo. (Rapport au 7^{me} Congrès international d'otologie de Bordeaux 1904).
11. LOMBARD. — I. Contribution à l'étude du Syndrome de Gradenigo. (Annales des maladies de l'oreille 1909). II. Les paralysies otiques de la VI^{me} paire.
12. PAILLER. — Etude des paralysies du M.O.E. survenant au cours de lésions auriculaires du côté opposé à ces lésions. (Thèse Paris 1912).
13. LECÈNE. — Lecène et Bourgeois. Un cas de méningite séreuse d'origine otitique. Trépanation bilatérale. Guérison. (Annales des maladies de l'oreille 1902).
14. QUADRI. — Bulletin de Laryngologie 1908.
15. STRAZZA. — Archives italiennes de l'Otologie 1907.
16. DESHORS, Jules. — Contribution à l'étude des paralysies du Moteur Oculaire externe au cours des otites aiguës. (Thèse de Paris 1923).

